

FORMULARIO OFICIAL DE SALUD PARA EL PROGRAMA 4-H

POR FAVOR ESCRIBA CLARAMENTE

_____ Tipo de actividad: ? condado/ área ? estatal ? regional ? nacional
 Nombre de Evento/ Actividad

Nombre del participante:

Apellido	Nombre	Inicial	Condado
Domicilio		Año escolar	Fecha de nacimiento
Ciudad	Estado	Código postal	Teléfono durante el día

El participante es: ? Adulto ? Adolescente ? Hombre ? Mujer

Nombre de la persona a contactar en caso de emergencia: _____

Parentesco con el participante de 4-H _____ Teléfono: día _____ noche _____

DECLARACIÓN DE SALUD (Para ser completada por los padres, el médico o participante adulto)	Sí	No
¿El solicitante es diabético?	?	?
¿El solicitante sufre de ataques (epiléptico, etc.) de algún tipo?.....	?	?
¿El solicitante tiene alergias o restricciones dietéticas? Describa.....	?	?
¿El solicitante está actualmente bajo tratamiento médico?	?	?
¿El solicitante tiene antecedentes de enfermedad respiratoria? Describa.....	?	?
¿Existe algún problema médico (corazón, etc.) o malformación que pueda requerir tratamiento o afectar la participación del solicitante en este programa?	?	?
¿El solicitante fue sometido recientemente a operaciones quirúrgicas o accidentes, estuvo expuesto a enfermedades infecciosas en las dos últimas semanas? (Por favor traiga una notificación a la actividad si esta situación cambia antes del evento)	?	?
Fecha de la última vacuna antitetánica _____		
Nombre de medicamentos: _____		

Nombre del médico: _____ Teléfono: _____

Acomodaciones*: OSU y el Programa 4-H de Desarrollo Juvenil no discriminan a personas con incapacidades por razones de su incapacidad si aparte de eso cumplen los requisitos para la participación. ¿Necesita usted o su niño alguna acomodación especial para poder participar en el Programa 4-H de Desarrollo Juvenil? _ Sí _ No Describa _____

*Las acomodaciones pueden incluir: problemas del habla, oído o visión que puedan afectar la participación; problemas de conducta o perturbaciones emocionales, tales como mal humor anormalmente severo; sonambulismo; y dificultad para llevar cargas pesadas, hacer viajes arduos o realizar trabajo físico.

Como padre o tutor, si mi hijo necesita atención médica, comprendo que se harán todos los esfuerzos posibles para contactarme. Por la presente, autorizo al personal médico seleccionado por la persona encargada del evento 4-H a solicitar radiografías, análisis rutinarios, tratamiento, distribuir cualquier registro necesario por razones de seguro y proveer u organizar el transporte necesario para la persona indicada en este formulario. Por la presente autorizo al médico seleccionado por la persona encargada del evento 4-H hospitalizar, asegurar tratamiento de emergencia, solicitar inyecciones, anestesia o cirugía para mí o para mi hijo, como lo indica este formulario. Me haré cargo de todas las obligaciones financieras que no estén cubiertas por el seguro.

 Firma del padre o tutor/ participante adulto Fecha